

Financiële steun van de stichting „De Drie Lichten”

De stichting „De Drie Lichten” nodigt gegadigden uit vóór 1 juni a.s. hun aanvragen in te dienen bij haar secretaris, prof. dr. A. SCHABERG, p.a. Pathologisch Laboratorium, Postbus 9603 (Wassenaarseweg 62), 2300 RC Leiden.

Steun kan worden verleend aan Nederlandse artsen ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek op medisch gebied. Zulk een steun betrefte bij voorkeur levensonderhoud van hen, die een onderzoek zouden willen verrichten, doch daarvan door financiële omstandigheden worden weerhouden. Daarnaast bestaat de mogelijkheid gelden ter beschikking te stellen voor te maken onkosten, exclusief apparatuur. Voorts kan worden overwogen iemand in de gelegenheid te stellen hulppersoneel in dienst te nemen.

De aanvragen dienen een nauwkeurige omschrijving te geven van de doelstelling en vergezeld te gaan van aanbevelingen.

Subsidie-aanvragen bij het Nederlands Astma Fonds

Het Nederlands Astma Fonds maakt bekend dat subsidie-aanvragen voor 1979 ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek op het terrein van Chronische Aspecificke Respiratoire Aandoeningen (CARA) kunnen worden ingediend tot uiterlijk 15 juni 1978.

Bij de toekenning van subsidies zal de prioriteit van het onderzoek binnen de CARA-bestrijding mede van invloed zijn. Hoge prioriteit heeft onder meer het onderzoek naar basismechanismen bij het ontstaan van CARA en voorts alle onderzoek dat kan leiden tot een betere preventie van CARA.

Aanvraagformulieren zijn verkrijgbaar bij het bureau van het Nederlands Astma Fonds, Larikslaan 1, Postbus 5, 3830 AA Leusden, tel. 033-41814.

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

Juvenile plantaire dermatose: een nieuw ziektebeeld?

Bij het lezen van het onlangs door VAN DIJK e.a. (1978) in dit tijdschrift beschreven ziektebeeld kon ik me niet onttrekken aan het gevoel dat het mij bekend voorkwam. Dit betrof zowel het klinisch uiterlijk als de factoren die er invloed op hadden. Het was een beeld, dat ik altijd had toegeschreven aan de gevolgen van lokale hyperhidrosis, zoals deze vooral aan de voeten voorkomt. In de publikatie wordt hyperhidrosis slechts éénmaal in de aangehaalde literatuur als bijkomstige oorzaak genoemd.

Een nadere vergelijking kan mijn opvatting verduidelijken. Allereerst wat betreft de klinische symptomen. Voor het nieuwe ziektebeeld wordt opgegeven: „Symmetrisch gelokaliseerde keratose met enige schilfering en roodheid van de belaste delen van de voet”, verder een „chronisch beloop”. PRAKKEN (1965) noemt bij de lokale hyperhidrosis van de voetzolen de volgende kenmerken: „diffuus rood en in dit erythemateuze gebied bestaat plaatselijk hyperkeratose, waardoor er gele plekken zijn, vooral aan de hiel en onder de bal van de voet. Niet zelden bestaat er bovendien enige afschilfering; er is dan enige gelijkenis met de chronische, hyperkeratotische vorm van tinea pedis, meestal veroorzaakt door *Trichophyton rubrum*.”

In beide beschrijvingen wordt aangegeven dat, behalve dezelfde lokalisatie, symptomen als roodheid, hyperkeratose, schilfering en niet zelden een chronisch beeld voorkomen.

Verder wordt door VAN DIJK e.a. (1978) gewezen op de bevorderende invloed van sport en het dragen van rubber schoeisel en van sokken of kousen van synthetische vezels. Dit zijn duidelijk factoren die ook hyperhidrosis bevorderen.

Vooral bij loop- en balsporten, judo e.d. kan daarbij door de voortdurende wisselende druk op de voetzolen gemakkelijk maceratie van de huid ontstaan. De genoemde invloeden kunnen afhankelijk van de soort sport en voetbekleding zowel 's zomers als 's winters werkzaam zijn.

Uitgaande van mijn opvatting is het begrijpelijk, dat onderzoek naar atopie, contacteczeem en schimmels geen duidelijke aanknopingspunten gaf. Dat sterke hyperhidrosis en een mycose zelden samengaan, bleek mij reeds eerder (CREMER 1959).

Ter verklaring van het juvenile karakter van de dermatose wil ik erop wijzen dat we bij jonge kinderen ook vroeger al vaker zweetvoeten zagen dan bij volwassenen. Door toeneming in de laatste jaren van de jeugdsport o.a. in school- en clubverband, het dragen van afsluitende voetbekleding en de spanning bij wedstrijden is een relatief frequenter optreden van hyperhidrosis en zijn gevolgen bij de jeugd niet verwonderlijk. Het afwisselend nat bezweet zijn van de voetzolen (eventueel ook van de handen) gevolgd door het uitdrogen van de vaak gemacereerde huid kan m.i. vooral bij voortdurende herhaling oorzaak zijn van de beschreven chronische eczematuze afwijkingen. Wellicht reageert de dunne voetsoolhuid van het kind er ook sterker op dan de dikkere van de volwassene. Overigens heb ik hetzelfde ziektebeeld gezien bij volwassenen, die werkten onder ongunstige omstandigheden, bv. in een machinekamer. Een atopische constitutie of slechte hygiëne kan altijd een bijkomstige rol vervullen.

Op grond van bovengenoemde argumenten beschouw ik lokale hyperhidrosis als de voornaamste oorzaak van de beschreven juvenile plantaire dermatose. Een belangrijke daaruit voortvloeiende conclusie is, dat de behandeling, vooral ter vermindering van recidief, gericht moet zijn tegen hyperhidrosis.

Literatuur: CREMER, G. (1959) *Ned. T. Geneesk.* 103, 448. — DIJK, E. VAN e.a. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 223. — PRAKKEN, J. R. (1965) *Leerboek der praktische dermatologie en venereologie*, 2e druk. Scheltema & Holkema, Amsterdam.

Amsterdam, april 1978

G. CREMER

Het verheugt ons dat CREMER zijn gedachten heeft willen laten gaan over het probleem van de pathogenese van juveniele plantaire dermatose. Zijn suggestie dat lokale hyperhidrosis de voornaamste oorzaak van deze dermatose zou zijn, is niet onaantrekkelijk. Echter, om misverstand te voorkomen: geen van onze patiëntjes leed aan hyperhidrosis palmo-plantaris oftewel zweethanden en -voeten. Ook bij de in de literatuur vermelde patiëntjes werd dit vrijwel nooit aangetroffen, behalve bij enkele patiëntjes van MÖLLER (1972). Het citaat van CREMER uit het Leerboek van PRAKKEN (1965) is niet geheel volledig; de eerste zin begint nl. aldus: „Bij sterke hyperhidrosis van de voetzolen ontstaan kernmerkende huidveranderingen; de voetzolen zijn dikwijls enigszins diffuus rood” etc. Hier wordt dus duidelijk sterke hyperhidrosis als oorzakelijke factor genoemd, een factor nogmaals, die bij onze patiëntjes ontbrak. Het klinische beeld heeft wel zekere overeenkomsten; een verschil is echter dat bij juveniele plantaire dermatose geen gele plekken op de voetzolen te zien zijn. Dit alles neemt niet

weg, dat het waarschijnlijk is dat vocht mede van betekenis is voor het ontstaan van de eruptie, gezien de mededelingen over afsluitende kousen en schoenen, zwemmen en intensieve sportbeoefening, waarop ook CREMER terecht wijst. Onzeker is waarom sommige kinderen wel, vele andere niet de afwijking krijgen; in hoeverre andere factoren, o.a. atopie, van betekenis zijn, is nog niet opgehelderd.

Uit bovenstaande moge geconcludeerd worden dat behandeling van hyperhidrose niet in aanmerking kan komen. Wel achten wij hygiënische maatregelen ter voorkoming van inwerking van vocht op de huid mede een belangrijke bijdrage bij profylaxe en therapie van de dermatose.

Tenslotte zij opgemerkt dat de pathogenese van de door sommige auteurs en ook door ons beschreven afwijkingen van de handen (waar evenmin hyperhidrose bestond) volstrekt onduidelijk is.

Literatuur: MÖLLER, H. (1972) *Acta dermat.-venereol. (Stockh.)* 52, 401. — PRAKKEN, J. R. (1965) *Leerboek der praktische dermatologie en venereologie*, 2e druk, bl. 321. Scheltema & Holkema, Amsterdam.

Amsterdam, mei 1978

E. VAN DIJK

W. G. VAN KETEL

H. NEERING

TH. G. NELEMANS

C. G. ROELEVELD

N. VERBURGH-VAN DER ZWAN

BERICHTEN

Buitenland

VERENIGDE STATEN

Remt de overheid onnodig de introductie van nieuwe geneesmiddelen? — De geneesmiddelenindustrie verwijt de Food and Drug Administration (FDA) dat de procedure van de toelating te veel tijd kost, waarbij onvoldoende rekening wordt gehouden met de ontwikkelingskosten. Vooral tegen de eis die in 1962 in de wet werd opgenomen, dat van geneesmiddelen ook de werkzaamheid moest worden beproefd, richten zich de bezwaren. DONALD KENNEDY van de FDA gaat in een speciale bijdrage in de *J. Amer. med. Ass.* (1978) 239, 423, in op dit verwijt. Hij geeft toe dat er meer tijd met het onderzoek naar veiligheid en bruikbaarheid is gemoeid. De grotere kennis van de toxicologie van geneesmiddelen en hun metabolieten, maar ook van hun oncogene en mutagene eigenschappen vraagt steeds meer aandacht en langere proeftijden. Sterker dan de wet nog dwingt hier het wetenschappelijk en zedelijk geweten. Ook geeft hij toe dat er juridische en organisatorische tekortkomingen bestaan. Er wordt ernstig naar gestreefd deze op te heffen, waartoe ook nieuwe wetsvoorstellen zijn gedaan. Men wil tijdens de testperiode betere contacten met de aanvragende industrie, opdat deze op de hoogte blijft van de stand van de procedure, zodat tijdiger nadere inlichtingen kunnen worden gegeven die de toelating kunnen bespoedigen. Verder wil men rekening gaan houden met door derden verricht onderzoek en voorrang verlenen aan geneesmiddelen waarvan een bijzondere werking kan worden verwacht. Wanneer het voor een nieuw belangrijk lijkend geneesmiddel moeilijk is in het laboratorium de werkzaamheid te testen, wil men de toestemming tot klinisch onderzoek vergemakkelijken. Ook denkt men aan voorwaardelijke toelatingen die kunnen

worden ingetrokken voor nader onderzoek als nieuwe informatie daartoe aanleiding geeft. Vergelijking van het toelatingsbeleid van de FDA met dat in de andere vijf grote geneesmiddelen producerende landen Duitsland, Engeland, Frankrijk, Italië en Japan, leert dat in 1976 in elk van deze landen nieuwe geneesmiddelen op de markt zijn gebracht, die in de andere landen nog niet waren geïntroduceerd. Weliswaar stonden Frankrijk en Duitsland met hun 38 en 39 nieuwe geneesmiddelen bovenaan (de Verenigde Staten namen met 15 de vierde plaats in), maar 24 resp. 25 van deze „nieuwe” produkten waren daarvoor reeds in de andere landen in gebruik. KENNEDY meent dat de FDA voorzigtiger moet zijn met de toelating omdat bijvoorbeeld het systeem van gezondheidszorg in Engeland ongewenste bijwerkingen van geneesmiddelen eerder aan het licht brengt. Verder wijst hij erop dat de multinationale bedrijven voor de eerste introductie van een nieuw middel de zg. moeilijke landen liefst vermijden.

Het vertraagde tempo van nieuwe introducties heeft echter een diepere oorzaak, zoals ook HENRY GADSEN van Merck Sharp and Dohme moet toegeven: een „exhaustion of basic knowledge”. Het gewraakte jaar 1962 markeert in de dalende lijn van nieuwe introducties — 357 in 1955 tegen 15 in 1976 — slechts een weinig opvallend punt. De stroom van nieuwe geneesmiddelen sinds de tweede wereldoorlog: na de penicilline de streptomycine (1944), gevolgd door tetracycline (1948), cortison (1949), de eerste tranquillizer chloorpromazine (1952), de eerste antifungoïde stof nystatine (1954), de eerste orale antidiabetica (1955) en tenslotte de eerste stof met antiviruserwerking idoxuridine (1963) lijkt opgedroogd.

Tenslotte wijst KENNEDY op de gunstige effecten die de grotere voorzichtigheid intussen reeds heeft gehad. Als